

## **Trabajo Fin de Grado**

# **PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO PROGRAMAS DE PREVENCIÓN**

Autora

**Laura Erlés Bellido**

Director

**Dr. Rafael Díaz Fernández**

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Junio 2018

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>6</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>6</b>
<b>4. MARCO TEORICO .....</b>	<b>6</b>
<b>4.1. Introducción a la Educación para la Salud.....</b>	<b>6</b>
<b>4.2. Ámbitos de la Educación para la Salud.....</b>	<b>8</b>
4.2.1. <i>Ámbito 1: Promoción para la Salud.....</i>	<i>8</i>
4.2.2. <i>Escuela Promotora de Salud y desarrollo de competencias .....</i>	<i>10</i>
4.2.3. <i>Funcionamiento y organización de una escuela promotora de salud.....</i>	<i>11</i>
4.2.4. <i>Organización de una escuela promotora de salud.....</i>	<i>12</i>
4.2.5. <i>Ámbito 3: Prevención de las Adicciones .....</i>	<i>15</i>
<b>4.3. Teorías que subyacen a la prevención de drogodependencias .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4. Teorías que subyacen al consumo de drogas .....</b>	<b>18</b>
<b>4.5. Factores de riesgo y de protección .....</b>	<b>21</b>
<b>4.6. Estrategia nacional sobre drogas (2000-2008) .....</b>	<b>23</b>
4.6.1. <i>Análisis de la realidad.....</i>	<i>24</i>
4.6.2. <i>Prevención del consumo de drogas.....</i>	<i>26</i>
4.6.3. <i>Ámbitos prioritarios de intervención .....</i>	<i>26</i>
<b>4.7. Estrategia nacional sobre drogas (2009-2016) .....</b>	<b>27</b>
4.7.1. <i>Estado de la situación .....</i>	<i>28</i>
4.7.2. <i>Evolución de los consumos y de los problemas asociados.....</i>	<i>29</i>
4.7.3. <i>Ámbitos de actuación .....</i>	<i>30</i>
<b>4.8. Estrategia nacional sobre adicciones (2017-2024) .....</b>	<b>31</b>
4.8.1. <i>Evolución de los consumos y conductas adictivas .....</i>	<i>32</i>
4.8.2. <i>La situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género .....</i>	<i>34</i>
4.8.3. <i>Actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y la oferta</i>	<i>35</i>
4.8.4. <i>Áreas de actuación: Prevención y reducción del riesgo .....</i>	<i>35</i>
4.8.5. <i>Contextos de actuación .....</i>	<i>36</i>
<b>4.9. II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016) .....</b>	<b>37</b>
4.9.1. <i>Análisis de situación.....</i>	<i>37</i>
4.9.2. <i>El consumo de drogas en Aragón.....</i>	<i>37</i>

4.9.3.	<i>Prevención en el ámbito educativo .....</i>	38
4.9.4.	<i>Protección y control de la oferta.....</i>	40
4.9.5.	<i>Recursos en prevención.....</i>	40
<b>4.10.</b>	<b>Plan municipal de prevención de drogodependencias y otras adicciones (2011-2017)</b>	<b>43</b>
4.10.1.	<i>Prevalencias y patrones de consumo de drogas.....</i>	44
4.10.2.	<i>Prevención en el ámbito educativo .....</i>	45
4.10.3.	<i>Programas municipales de prevención en el ámbito educativo .....</i>	47
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>6.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>50</b>

**Título del TFG:** Prevención de adicciones en el ámbito educativo. Programas de prevención

**Title (in English):** Prevention of addictions in the educational field. Prevention programs

- Elaborado por Laura Erlés Bellido.
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2018
- Número de palabras: 16.358

### **Resumen**

El trabajo que he realizado tiene que ver, por un lado con las teorías que subyacen a los programas de prevención y consumo de sustancias legales e ilegales, por otro lado sobre las conferencias internacionales, informes y estrategias donde se asientan las bases de la promoción y la educación para la salud. La etapa evolutiva 6 -12 años es donde se ha hecho más hincapié para llevar a cabo la prevención desde sus inicios como grupo humano por su vulnerabilidad y especialmente la investigación se ha centrado en los programas de prevención que existen en el ámbito educativo. Por último se han analizado importantes documentos del Plan Nacional Sobre Drogas como son las Estrategias Nacionales, los Planes Autonómicos del Gobierno de Aragón sobre Conductas Adictivas y el Plan de Prevención de drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca.

### **Palabras clave**

Prevención, programas, drogodependencias, educación para la salud, escuela, factores de riesgo y de protección.

## **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

Actualmente, el consumo de drogas es uno de los problemas que mayor interés y preocupación ha despertado en nuestra sociedad. La progresiva implicación de los jóvenes y adolescentes en esta conducta, junto con los costes tanto personales como sociales y económicos que acarrea, han suscitado el acuerdo de buscar una solución oportuna al problema.

En la sociedad en la que vivimos siempre ha existido y seguirá existiendo la disponibilidad y el acceso a sustancias susceptibles de crear dependencia. Es por ello, por lo que hay que formar a los individuos a que aprendan a vivir en esta realidad, dotándolos con toda la información y habilidades pertinentes para que sean capaces de decidir de forma autónoma, responsable y libre el no consumirlas.

Así pues, este tema que ha dado lugar a la elaboración de mi trabajo ha sido elegido porque entiendo que el potencial que más se ajusta a la resolución de este problema de drogodependencias, se encuentra en el desarrollo de diversos programas de prevención eficaces y, considero que el ámbito escolar es el lugar idóneo para implantar estos programas preventivos. La escuela cuenta con el acceso de la población más joven, a la que se puede formar de una manera continuada y planificada a lo largo de todos los años de escolarización.

Tras el análisis de las conferencias internacionales, los informes y las estrategias donde se asientan las bases de la promoción y la educación para la salud, en este trabajo se hace hincapié en la estricta relación existente entre las mismas y, en la importancia que alcanza el hecho de que las escuelas deberían de ser lugares saludables, donde los niños y niñas puedan estar preparados para disponer de un proyecto de vida saludable. Las Escuelas Promotoras de Salud, su funcionamiento y su organización en los centros que se implantan.

Se ha realizado un recorrido analítico y de investigación sobre diversos documentos del Plan Nacional sobre Drogas, del cual se han trabajado las tres Estrategias Nacionales sobre Drogas, los Planes Autonómicos del Gobierno de Aragón sobre Conductas Adictivas y, el Plan de Prevención de drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca.

Y, por último y como punto clave de la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación exhaustiva acerca de los planes de prevención sobre drogas que se están trabajando en aulas de Educación Primaria y, de Secundaria en centros de la Comunidad Autónoma de Aragón y, también más concretamente en centros de Huesca. He investigado sobre cómo se denominan cada uno de los programas; cómo se trabajan en el aula; para qué edades están destinados y, los materiales con los que cuentan.

## **2. OBJETIVO**

Analizar y conocer los programas de prevención en el ámbito educativo en España, Aragón y Huesca, las propuestas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo, también las características del colectivo al que va dirigido, alumnado de primaria y el papel de la escuela en su prevención desde la educación para la salud.

## **3. METODOLOGIA**

Esta investigación se ha llevado a cabo a través de un proceso de indagación y búsqueda de evidencias científica y revisión de fuentes bibliográficas, primarias y secundarias. Con esta investigación se ha pretendido conocer la situación actual sobre la prevención de drogodependencias en los centros educativos de Educación Primaria y Secundaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1. Introducción a la Educación para la Salud**

La promoción para la salud es el proceso que proporciona a todas las personas de una sociedad, los medios necesarios para tomar un control mayoritario de su propia salud, es decir, para mejorarla, evitando la aparición de enfermedades y, en su defecto, detener el progreso y reducir las consecuencias. Constituye así, un proceso político y social que abarca no solamente acciones fortalecedoras de habilidades y capacidades de los individuos sino también acciones dirigidas a modificar el amplio grupo de condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de atenuar el impacto en la salud tanto pública como individual.

La Educación para la salud es la herramienta que utiliza la promoción de la salud para responsabilizar y formar a los individuos y grupos sociales en la toma de decisiones de comportamiento que presentan diversos efectos sobre la salud.

Es en 1946 cuando nace la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro del contexto de la ONU, con la finalidad de ser un órgano defensor de la salud en todo el mundo. La OMS define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades” (Díaz y Sierra, 2008, p.163). Siguiendo el mismo hilo, considera la salud como un derecho fundamental a nivel mundial, al que todas las personas han de tener acceso con facilidad, siendo la salud por tanto más que un objetivo de vida, un recurso para la misma. Un recurso que proporcione a las personas una vida individual, social y económicamente productiva.

En el año 1974, el Informe Lalonde<sup>1</sup>, creado por el Ministerio canadiense, analizó la importancia que presentan los determinantes de la salud de una población e identificó, cuatro variables relacionadas entre sí: la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida. Siendo estas dos últimas referentes cruciales que determinan la salud en las poblaciones.

En 1978 surge en Alma-Ata (Kazajistán), la “Declaración sobre cuidados primarios de salud” que subrayaba la importancia de la atención primaria de salud como una estrategia para alcanzar, en el año 2000, un mejor nivel de salud, que hiciese posible llevar una vida social y económicamente productiva.

En 1986, en Ottawa (Canadá) se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, donde se emite la Carta de Ottawa que surge debido a la necesidad de buscar solución a los múltiples problemas de salud persistentes y, destaca varios elementos clave: la paz, disponer de recursos económicos y alimenticios adecuados, una vivienda digna, un ecosistema saludable...En conclusión, la carta de Ottawa hace referencia a las tres estrategias básicas para la promoción de la salud: crear y desarrollar las condiciones sanitarias esenciales y necesarias; hacer posible que todas y cada una de las personas puedan desarrollar el completo potencial de salud y, mediar siempre a favor de la salud a pesar de los diversos intereses de la sociedad.

Respecto al contexto legislativo, en España son claras las referencias a la educación y promoción de la salud. La Ley General de Sanidad 14/1986 en su artículo 3, capítulo 1, enfatiza lo que considera uno de los principios generales del Sistema de Salud: “los

---

<sup>1</sup>Lalonde, Ministro de Sanidad en Canadá

medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

En 1997 la Declaración de Yakarta (Indonesia) sobre la promoción de la salud hacia el siglo XXI, constata que las estrategias para promocionar la salud y las áreas de acción son elementos nucleares e imprescindibles para todos los países del mundo. Así pues, identifica cinco prioridades para promocionar la salud en el siglo XXI:

- Promocionar la responsabilidad social para la salud, siguiendo prácticas que traten de evitar factores negativos y promocionen la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud. Las inversiones destinadas al desarrollo de la salud tienen un potencial significativo que permite avanzar en el desarrollo de la salud y, por tanto, la calidad de vida.
- Divulgar toda la colaboración posible para la promoción de la salud.
- Aumentar la capacidad de toda la comunidad y el apoderamiento de los individuos.
- Asegurar una infraestructura factible para la promoción de la salud.

## **4.2. Ámbitos de la Educación para la Salud**

### *4.2.1. Ámbito 1: Promoción para la Salud*

La Escuela Promotora de la Salud tiene su origen en el movimiento de promoción de la salud, que según la Organización Mundial de la Salud se considera que “la salud se mejora en aquellos lugares donde las personas viven y conviven...” (Gavidia 2016, p.48).

Es en 1995 cuando la OMS emite una iniciativa basada en el desarrollo de escuelas promotoras de la salud con la finalidad de fortalecer las actuaciones de la educación y de la promoción de la salud en la comunidad educativa. Este movimiento de Escuelas Promotoras de Salud, surge en Europa en 1991 con la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), con el objetivo de mantener la promoción de la salud en la escuela en todos los países.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece cinco estrategias básicas para la promoción de la salud en el entorno educativo: el desarrollo de las habilidades personales; favorecer la interacción entre familia-escuela y la comunidad; la creación



de un entorno saludable; la innovación de las prácticas educativas y, por último, la mejora de la normativa del centro.

Una Escuela Promotora de Salud es un centro educativo que, dentro de su proyecto educativo, ofrece máxima relevancia a la salud y el bienestar de toda la comunidad educativa, facilitando medios de vida sanos en un ambiente posicionado a favor de la salud.

Desde el año 2009, en Aragón existe una Red de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) que muestra todo su apoyo a aquellos centros que en sus proyectos educativos dan prioridad a la salud y el bienestar. De este modo, se podría decir que la salud y la educación están interrelacionadas. Según Brooks (2014), afloran cuatro conclusiones que afectan directamente al alumnado: los alumnos que presentan mejores condiciones de salud y bienestar, obtienen con mayor facilidad los objetivos académicos y mejores resultados; el hecho de desarrollar correctamente competencias y habilidades sociales, se relaciona con un estado de salud más positivo; el entorno físico y socioeconómico de la escuela también influye en la salud, pues el alumnado muestra toda su disposición hacia el aprendizaje; y por último, existe una interrelación directa entre el desarrollo de actividades deportivas y los resultados académicos.

Desde los principios establecidos por la Carta de Ottawa (Merino, 2000) durante los últimos veinte años, se han ido desarrollando diversas iniciativas de promoción de la salud en la escuela, dotadas con varias denominaciones como las siguientes: escuelas por la salud, escuelas saludables, escuelas promotoras de la salud... Así pues, la Escuela Promotora de Salud mediante sus acciones, presenta la intención de educar a la comunidad educativa en formas de vida saludables, creando un ambiente de trabajo donde se desarrollen los aspectos relacionados con la promoción de la salud.

A continuación, se muestra una tabla donde se desarrollan los valores de las escuelas promotoras de la salud.

Tabla 1. Valores de la escuelas promotoras de la Salud

EQUIDAD: porque su labor pretende reducir las desigualdades
SOSTENIBILIDAD: porque se reconoce la necesidad de interrelacionar la salud con la educación y el desarrollo de forma duradera.
INCLUSION: porque se aprovecha la diversidad y se fomentan las buenas relaciones de la comunidad educativa.
EMPODERAMIENTO: porque se busca la participación de todos y cada uno de los miembros que forman la comunidad educativa.
DEMOCRACIA: porque se pone en práctica el ejercer los derechos y la asunción de responsabilidades.

Tabla extraída del documento: Gavidia, 2016. *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*, COMSAL, p.49.Valencia.

#### 4.2.2. Escuela Promotora de Salud y desarrollo de competencias

Una escuela saludable dota a los alumnos de diversas habilidades, valores y motivaciones para que aprendan a gestionar su propia salud y bienestar, es decir, está relacionada directamente con el desarrollo de competencias básicas que hacen posible el disfrute de la salud como forma de vida autónoma y placentera. Además, promueve un clima escolar de forma positiva, desarrollando buenas relaciones tanto con la familia como con el entorno escolar. La Ley de Salud Pública Española (Ley 33/2011), define el término salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y considera que la salud no es una finalidad sino un recurso para la vida.

La educación para la salud es aprender a cuidar de los demás, de uno mismo y del entorno que nos rodea. Es por ello que el aprendizaje está ligado con aplicar los conocimientos sobre la salud al contexto de la vida cotidiana de los alumnos. En el currículum están incluidos los contenidos conceptuales sobre la salud y se contextualizan a través de tres dimensiones: dimensión personal: motivación, autoestima de uno mismo; la dimensión relacional: interacción y convivencia con otras personas; y con la dimensión ambiental, del entorno sociocultural que nos rodea. Estas dimensiones posibilitan cierto acercamiento basado en la experiencia y, que permiten

trabajar con el alumnado de manera individual o colectiva, utilizando metodologías cooperativas y, facilitando el desarrollo de las diversas competencias en el centro escolar.

#### 4.2.3. *Funcionamiento y organización de una escuela promotora de salud*

Para desarrollar el planteamiento de una escuela promotora de salud, cada centro debe organizarse de forma interna dentro de su proyecto educativo. Según Leger et al. (2010), las diferentes áreas de actuación que un centro educativo promotor de la salud puede desarrollar, son las siguientes:

a) Políticas escolares de carácter saludable. Los proyectos de salud de estos centros educativos han de promover el bienestar y la salud de la comunidad educativa. Adoptando los acuerdos de temas concretos (alimentación saludable, acoso escolar...) y adoptando también, todo aquello que afecta en la vida cotidiana de la escuela (el horario lectivo, el número de alumnos por aula...)

b) El entorno físico de la escuela. Los diversos espacios escolares en los que se desarrollan las actividades académicas deben de ser suficientes y estar dotados de medidas de seguridad e higiene.

c) El entorno social en el que queda inmerso la escuela. Está determinado por las relaciones interpersonales entre los miembros que conforman la comunidad educativa que, engloba a: profesorado, alumnado, personal no docente y padres. El hecho de que existan buenas relaciones entre todos, favorece el bienestar, estimula la participación y elimina cualquier posible discriminación.

d) Habilidades de salud individuales. La Escuela Promotora de la Salud integra sus objetivos tanto en el currículum como en el Proyecto Educativo de Centro. Lo hace de forma transversal en diversas materias o mediante actividades, de tal manera que se logre estimular la creación de buenos hábitos para la realización de tareas.

e) Vínculos con la comunidad. Se considera de carácter importante que las Escuelas Promotoras de la Salud estén interrelacionadas con la comunidad educativa (padres, alumnos, profesores y personal no docente) y, especialmente con los servicios sociales de la localidad.

f) Participación de los servicios de salud. Es fundamental que en los proyectos desarrollados por estas escuelas intervenga personal socio sanitario de los servicios de salud para que proporcionen sus conocimientos y experiencias y, se puedan poner en práctica en la escuela.

#### *4.2.4. Organización de una escuela promotora de salud*

En las Escuelas Promotoras de la Salud se trabaja mediante una metodología activa, participativa y cooperativa. Se parte de un análisis inicial que detecta los aspectos más vulnerables del alumnado; selecciona los objetivos a alcanzar para reducir esas deficiencias detectadas previamente; selecciona las experiencias de aprendizaje incluyendo objetivos específicos a alcanzar, los contenidos a trabajar y las actividades a desarrollar; se muestra ante un equipo de trabajo para decidir y seleccionar los materiales didácticos que se van a utilizar y la temporalización de la intervención educativa con el alumnado y, también con los padres en seminarios. Por último, se realiza la evaluación de lo que se ha llevado a cabo, lo que permite volver al análisis inicial y replantear los objetivos didácticos.

La Escuela Promotora de la Salud persigue el aumento de las habilidades personales para la vida, desarrollar los factores de protección y la adquisición de las competencias que han de adoptar los alumnos. No pretende utilizar una metodología en la que las asignaturas se estudien como temas aislados, sino que trata de establecer una conexión entre los diversos temas y que además, se contextualicen en la vida real.

Para que una escuela de estas características logre ponerse en marcha y cumplir los objetivos, prescinde de una organización. Primero, es la formación de un equipo docente capaz de elaborar el proyecto, de conseguir los contactos necesarios y de gestionar e impulsar las actividades a realizar. Dentro de este equipo, es necesario que uno de ellos sea el coordinador, que será el encargado de ponerse en contacto con los servicios y/o personal exterior al centro escolar, estableciendo coordinaciones con las familias, el Centro de Salud... haciendo posible la creación de un equipo multiprofesional mediante la participación de los profesores del centro y profesionales sociosanitarios.

Otro de los factores condicionantes de la Escuela Promotora de Salud es la disponibilidad horaria de, al menos, el personal que realice la coordinación. Por tanto, el centro escolar y el centro de salud deberían favorecer en su horario a los profesionales que están implicados en este proyecto para que exista un compromiso de carácter real y continuo. También es necesaria la disponibilidad de unos recursos económicos mínimos que se determinan desde las Consejerías de Educación y de Salud, para la autonomía y la persistencia del proyecto.

En Aragón, acreditar a un centro educativo como Escuela Promotora de la Salud, se puede solicitar por todos aquellos centros educativos que estén sostenidos con fondos públicos y que imparta enseñanzas de educación primaria, secundaria, educación especial e incluso educación de personas adultas. Para ello, el instrumento que se utiliza es un Cuestionario de acreditación cuya finalidad es abordar la información clave para acreditar la Escuela Promotora de Salud (EPS). Así, para el centro es un proceso de autoevaluación que determina el grado de desarrollo de los criterios que requiere una EPS. Por otra parte, cada uno de los centros, presenta un análisis de situación donde dejan constancia información referente a la salud y otra información de carácter complementario. Y, por último, la evaluación de esa documentación y la propuesta de selección de centros a acreditar la realiza una comisión de evaluación que estará formada por miembros del Departamento de Sanidad y el Departamento de Educación del Gobierno de Aragón.

Algunos de los requisitos necesarios para dotar a un centro de la acreditación como EPS son los siguientes:

- El centro ha de comprometerse a permanecer como Escuela Promotora de Salud, cumpliendo con el nivel adecuado de actividad, por un periodo de tres años renovable. El cual, debe de ser apoyado por el Claustro de Profesores y por el Consejo Escolar.
- Integrar la educación y la promoción de la salud en el centro. El centro debe potenciar la educación y promoción de la salud en el currículum de forma estable y continuada, contemplando las necesidades identificadas anteriormente y, promoviendo la creación de entornos saludables. Por otra parte, la integración se debe constatar en los documentos de organización y funcionamiento del centro, tales

como el Proyecto Educativo de Centro, la Programación General Anual y el Proyecto Curricular.

- Formar un equipo de trabajo que cuente con una persona responsable de la coordinación.
- Potenciar la colaboración de profesionales sociosanitarios y de los servicios del entorno escolar.

El centro educativo dotado como Escuela Promotora de Salud es otorgado de una acreditación para tres cursos escolares. Cuando finaliza cada uno de ellos, se elabora un informe anual de progreso, en el cual, se describen los cambios de las actividades desarrolladas y los resultados son evaluados. El seguimiento lo lleva a cabo un equipo denominado SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos de Educación Para la Salud) de la Salud Pública con los responsables del Departamento de Educación de la provincia a la que pertenece.

Considerar el centro educativo con un enfoque de Escuela Promotora de Salud, hace posible la intervención en las cinco áreas clave de la promoción de la salud, ya citadas al inicio de este apartado: el desarrollo de las habilidades personales, el incremento de la relación escuela-sociedad, crear entornos favorables, constituir la salud y el bienestar a través de alcanzar objetivos académicos, y mejorar la organización interna. Para lograr el correcto desarrollo de las competencias en salud de los alumnos es necesario que las actuaciones sean continuadas a lo largo de la educación obligatoria y que se den dentro de un contexto que sea capaz de trasladar las experiencias de aprendizaje a la vida cotidiana del centro y todo su entorno y, para ello es fundamental que todo el personal educativo esté inmerso en este proceso.

Este concepto de Escuela Promotora de Salud verifica la fuerte interrelación existente entre la salud y la educación. El nivel de educación es un factor muy importante que mejora la salud, pues el alumnado que presta una situación salud y bienestar se encuentra en condiciones de alcanzar mejores resultados académicos, reduciendo así el impacto ante las desigualdades sociales. Por otro lado, la cooperación entre los sectores de educación y salud es clave y ha de llevarse a cabo teniendo en cuenta los intereses y objetivos que tienen en común para mejorar los resultados académicos y favorecer el nivel de salud y bienestar tanto individual como colectivo.

A lo largo de la educación obligatoria, los alumnos tienen el derecho a desarrollar la escolaridad a través de un entorno que permita la mejora de su aprendizaje y promueva su salud y bienestar. Cada centro educativo tendrá su propio enfoque de Escuela Promotora de Salud y la capacidad de ponerlo en práctica en el contexto y la realidad en la que se encuentre asociado.

#### *4.2.5. Ámbito 3: Prevención de las Adicciones*

El consumo de drogas no llega a ser comprensible al margen de otras conductas relacionadas con la salud que vienen condicionadas por actuaciones de carácter personal y por determinantes sociales, por lo que es la promoción de la salud la herramienta idónea para desarrollar la educación pertinente relacionada con las drogas. El objetivo final de la promoción se basa en el desarrollo de actitudes y hábitos de vida favorables para la salud, de manera que permitan hacer frente a los riesgos que se presentan actualmente en la sociedad, siendo uno de ellos las drogodependencias. Además de aprender a vivir uno mismo de forma responsable y autónoma y, aprender a desarrollar hábitos de vida saludables.

Pero estos objetivos se encuentran con varias dificultades a la hora de ponerlos en marcha en los centros escolares. Entre ellos, las consecuencias de la crisis que crea un creciente riesgo de pobreza en la población afectando especialmente a niños, adolescentes y jóvenes; y, los recortes en sanidad y en educación que incrementan todavía más las carencias de los sectores más vulnerables, dando lugar a contextos nada saludables.

La acción educadora sobre las drogas ha de entenderse como un proceso continuo y largo, cuyo objetivo se basa en mejorar la comprensión de las causas y ayudar tanto a jóvenes como adultos a buscar soluciones para sus problemas sin la necesidad de recurrir al consumo de drogas. Es muy importante diferenciar entre los siguientes aspectos: no es lo mismo otorgar toda la responsabilidad del consumo de drogas sobre el individuo que hace uso de las mismas y orientar toda la acción educadora hacia ese individuo, que entender los problemas ocasionados por las drogas como una cuestión de carácter social donde el individuo es una víctima perteneciente a una sociedad adictiva. Pues la educación no consiste en controlar, manipular, llenar las cabezas de información sobre los riesgos del consumo de drogas sino en dar la oportunidad de aprender a

conocer; aprender a hacer; aprender a ser y, aprender a convivir y ser feliz. Ahora bien, la acción educativa ha de ser consciente de que los individuos se desarrollan inmersos en una sociedad que ofrece sustancias que pueden desencadenar en dependencia de las mismas. Es por ello que la educación no se entiende sin la colaboración de la familia, la sociedad y otros servicios que trabajen para lograr estos objetivos, con los programas y técnicas educativas correspondientes en cada caso y situación.

¿Cuáles son las tareas del profesorado? Cuando se plantean las tareas que el profesorado puede desempeñar en los centros, salen a la luz una serie de dificultades que entorpecen su implicación en la tarea educativa sobre drogas. La primera de ellas, la escasa formación que presentan los educadores para abarcar este tema. Por otra parte, las medidas de prevención no solo han de estar basadas en la aplicación de actividades durante la hora de tutoría sino que es un tema que requiere ser tratado de forma continuada y transversal para completar la prevención. Es imprescindible también, la intervención de servicios y profesionales especialistas en el tema.

El docente ha de poseer información suficiente sobre drogas pero también ha de saber usar y desarrollar esta información de manera adecuada y apropiada según las necesidades de las que prescindan los alumnos. A su vez, se necesita conocer el contexto específico en el que el alumno se desenvuelve y es preciso intervenir con los alumnos desde diversos ámbitos, lo cual prescinde de una planificación conjunta entre los servicios sociales, educación... que resulta difícil de conseguir.

El problema de todo esto es que las intervenciones que se llevan a cabo para tratar el tema, generalmente se realizan una vez por semana, durante la acción tutorial, de manera que se trabaja de forma puntual. Lo ideal y más conveniente sería trabajar estos aspectos de manera profunda y transversal, es decir, en su día a día.

#### **4.3. Teorías que subyacen a la prevención de drogodependencias**

En este apartado se va a tratar la importancia de un marco teórico general que sirve de base para los programas preventivos de drogas, ya que, es necesario conocer todo lo que acarrea el consumo de drogas para empezar a plantear la prevención de las mismas.



Este marco teórico está fundamentado en la etiología del consumo, es decir, en las causas que conllevan al consumo. Elisardo Becoña (2001) nos proporciona una síntesis de éste modelo a través de tres ejes básicos:

El primero de ellos englobaría a los factores que facilitan el inicio y el mantenimiento del consumo de estas sustancias. Algunos de estos factores son: la personalidad, el estilo de vida y los factores ambientales. La progresión en el consumo de drogas legales a las drogas ilegales, siendo más significativa y propensa en aquellas personas que consumen drogas legales a los que no las consumen. Y, por último, las variables socioculturales, biológicas y psicológicas que afinan los factores de inicio y mantenimiento y el progreso o no en el consumo de unas a otras sustancias.

Aunque el objetivo que persiguen los diversos modelos teóricos, es el de analizar las variables que hagan comprensible por qué unas personas sí consumen estas sustancias y otras no y, tienen como fin, establecer estrategias preventivas capaces de evitar el inicio del consumo o detenerlo. La manera de hacerlo se basa en modificar aquellos factores que lo facilitan, denominados factores de riesgo y, favorecer los factores de protección.

Un modelo establecido como prevención de las drogodependencias es el de la “escalada del consumo de drogas” desde las drogas legales como son el tabaco y el alcohol, hasta las ilegales que comprenden marihuana, cocaína y heroína. La hipótesis de éste modelo, surge en los años 50 y constataba que el hecho de consumir marihuana, conducía a consumir heroína. Según O’Donell y Clayton (1982), no se demostró que esta hipótesis fuese cierta. Por otro lado, Becoña afirma que “este tipo de afirmaciones eran imprecisas y exageradas” (Becoña, 2002, p.48), pues éstas afirmaciones las realizaban personas cuya posición se encontraba en contra del consumo y eran susceptibles a un criterio objetivo. Pero quedó en claro que las afirmaciones sirvieron para desarrollar una teoría secuencial de la implicación en el consumo de drogas, la cual demuestra que existen cuatro fases para el consumo. Partiendo de ingerir drogas legales a las ilegales, las fases serían las siguientes: el consumo de cerveza y vino; el consumo de cigarros o licores; el consumo de marihuana y, como cuarta fase, el consumo de sustancias ilegales.

Al hilo de este aspecto y para concluirlo, Becoña (2002) afirma que el uso previo de una droga no apunta a que se vaya a ser consumidor de la siguiente aunque, de aquellas personas que consumen marihuana hay pocas que no hayan probado previamente el tabaco y el alcohol o, los que consuman otro tipo de drogas ilegales, no sean conocedores del consumo previo de tabaco, alcohol y marihuana.

#### **4.4. Teorías que subyacen al consumo de drogas**

Las diversas teorías que explican el consumo y la prevención de drogodependencias se pueden categorizar en tres grupos. En el primer grupo nos encontramos con las teorías parciales o teorías que están basadas en pocos componentes; el segundo grupo, comprendido por teorías de estadios y evolutivas; y, el tercer agrupamiento, compuesto por teorías integrativas y comprensivas.

Debido a la importancia que requiere el tercer grupo, compuesto por teorías integrativas y comprensivas, a continuación, se mencionarán las teorías más importantes de cada uno de los grupos y se hará un poco más de hincapié en éste último.

Así, el primero de los grupos, Teorías parciales o basadas en pocos componentes, se caracteriza por explicar el consumo de drogas de manera parcial, utilizando pocos elementos.

En este grupo, vienen inmersas las teorías y los modelos biológicos que explican la adicción como un trastorno biológico. La hipótesis de la automedicación, según la cual el individuo consume la sustancia porque su organismo la necesita para autorregularse.

El modelo de creencias de salud y de competencia según Costa y López (1989), el cual trata de explicar la conducta relacionada con la salud y que tiene por objetivos, promover y desarrollar las competencias tanto individuales, como de la comunidad.

Las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo, tratamiento y prevención. Están basadas en el condicionamiento clásico, operante y en el aprendizaje social, tratando de explicar cómo se adquiere una conducta y cómo se pueden debilitar aquellas conductas que ya están adquiridas en la conducta del individuo.

Las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, el modelo de la mejora de la estima y la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996).

Otro de los modelos es el que está basado en la afectividad que, según Pandina (Pandina et al.1992), la afectividad se considera un mecanismo clave para el control de la conducta.

El segundo grupo, comprende las Teorías de estadios y evolutivas, las cuales tienen su base en el desarrollo evolutivo de las personas en cuanto a su madurez para explicar el consumo de drogas.

El modelo evolutivo de Kandel (1975) explica una serie de pasos que los individuos experimentan al sumergirse en el consumo de drogas. Resalta la importancia del consumo o no de drogas ilegales con dos elementos básicos: la familia y el grupo entre iguales, además de otros factores como las características personales.

El modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994). Constata la existencia de una serie de estadios que van desde el no consumo de drogas, hasta el uso continuado de las mismas.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998) conocido también como efecto Pigmalion donde la familia es un elemento clave, transmisora de los valores de la sociedad.

El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) basado en la autorregulación. Este modelo presenta como elementos clave, el control personal y la eficacia y, demuestra que a medida que avanza la edad, disminuye el consumo de sustancias.

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz, de Newcomb (1996) expone que desarrollar actividades prematuras en responsabilidades adultas a una temprana edad durante la adolescencia, hace más fácil el éxito posterior en esos roles cuando el individuo sea adulto.

La teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting (1998), centrada en las conductas problema. Defiende que las conductas sociales presentan componentes que son aprendidos o, al menos, pueden serlo, aunque la base biológica de la conducta humana sea incuestionable.

Por último, el tercer grupo de teorías está compuesto por las Teorías integrativas y comprensivas que engloban a las dos anteriores. Como su nombre indica, por un lado, tratan de integrar componentes de otras teorías y, por otro lado, plantean una teoría comprensiva, capaz de explicar la problemática del consumo de drogas.

El modelo de promoción de la salud o de la salud pública defiende la salud, según la Declaración de Yakarta, como un derecho básico para el desarrollo económico y social de las personas. Este modelo utiliza estrategias como las siguientes: establecer una política de carácter público y saludable, fomentar todos aquellos entornos que apoyen la salud, desarrollar las habilidades personales y volver a plantear los recursos sanitarios básicos para la salud.

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Bandura 1986). Relaciona los principios del aprendizaje y la persona con el ambiente en el que se desarrolla la conducta. De este modo, detecta el problema de dependencia teniendo constancia de todos aquellos elementos que conducen a su inicio, mantenimiento y abandono. Resalta el concepto de autoeficacia como elemento primordial y explicativo de ésta teoría.

La conducta problema de Jessor y Jessor (1977), es un punto de inflexión de la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes considerando factores de riesgo y de protección. Manifiesta que algunos elementos importantes que llevan a los adolescentes a adoptar conductas consideradas en riesgo son los siguientes: la pobreza social, la desigualdad y la discriminación. Para ello, trata de favorecer los factores de protección mediante un cambio en el estilo de vida de las personas y, exige reducir los considerados de riesgo.

Dentro de este grupo, también encontramos el Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas mediante el desarrollo de un programa preventivo de educación sobre drogas denominado “Tú decides” elaborado por Calafat en 1992. Se basa en los diversos estilos de vida y en la influencia en los factores de riesgo y protección (la familia, la escuela, la relación con padres y compañeros, la información, la personalidad...) para prevenir el consumo de drogas.

Por último, el Modelo de autocontrol. Según Santacreu, Froján y Hernández (1991), el problema se desarrolla por el hecho de que el adolescente busca refuerzos alternativos

a los que ya presenta para independizarse del refuerzo de sus padres y para conseguir capacidad de autocontrol.

#### **4.5. Factores de riesgo y de protección**

Uno de los aspectos clave se basa en determinar cómo empieza y cómo va progresando el abuso de las drogas. Los factores de riesgo, como su nombre indica, son capaces de aumentar el riesgo de que una persona abuse de estas sustancias mientras que, los factores de protección tratan de disminuir este riesgo. Si bien es cierto que, no todas las personas que presenten factores de riesgo signifique que van a hacer uso de estas sustancias. Además, lo que para una persona pueda suponer un factor de riesgo, para otra puede no serlo.

Los factores de riesgo y de protección, están presentes en las diferentes etapas de vida de los niños. En cada una de las etapas, surgen riesgos que pueden corregirse tras una intervención preventiva que siempre estará dirigida a fomentar el desarrollo de conductas positivas para el niño. Es importante prestar atención y tratar los comportamientos negativos, ya que pueden desencadenarse en riesgos adicionales, los cuales en un futuro pueden estar orientados hacia el consumo de drogas.

A continuación, quedan plasmados mediante dos tablas, los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas. Ambos factores pueden agruparse en seis: individual, iguales, familia, escuela, comunidad y sociedad.

Los factores tanto de riesgo como de protección que están descritos en cada uno de los grupos (individual, colectivo...) de estas tablas, fueron publicados en un listado de factores de riesgo y de protección que fue elaborado por el Center for Substance Abuse Prevention, el CSAP norteamericano.

Tabla 2. Factores de riesgo

INDIVIDUAL	Rebeldía; amigos implicados en conductas problemas; actitudes favorables hacia la conducta problema; iniciación temprana en la conducta problema; mantener relaciones negativas con los adultos.
IGUALES	Asociación con iguales delincuentes que consumen sustancias peligrosas; se agrupan con iguales que rechazan diversas actividades de empleo y otras características correspondientes a su edad.
FAMILIA	La propia historia familiar presenta conductas de alto riesgo; conflicto familiar; implicación en la conducta problema.
ESCUELA	Aparición temprana de una conducta antisocial; fracaso académico desde la escuela básica; escaso y bajo apego a la escuela.
COMUNIDAD	Disponibilidad al acceso de drogas; deprivación económica y social; desorganización comunitaria.
SOCIEDAD	Empobrecimiento; desempleo y/o escasez de empleo; discriminación y mensajes de drogas en los medios de comunicación.

Datos obtenidos del documento *“Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: de riesgo y de protección” Acciones e Investigaciones Sociales, Díaz y Sierra (2008), pp. 181-184.* Tabla: (Elaboración propia)

Tabla 3. Factores de protección

INDIVIDUAL	Oportunidades para refuerzos y reconocimientos por la implicación pro social; creencias saludables; sentido positivo de uno mismo; actitudes negativas hacia las drogas; relaciones positivas con adultos.
IGUALES	Asociación con iguales implicados en actividades relacionadas con la escuela; resistencia a la presión de los iguales negativos y, a la dificultad para ser influenciado por iguales
FAMILIA	Apego; creencias saludables; altas expectativas parentales; sentido de confianza básico; dinámica familiar positiva.
ESCUELA	Oportunidades para la implicación pro social; clima positivo; estándares de conducta; cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro
COMUNIDAD	Oportunidades para participar como medio activo de la comunidad; descenso a la accesibilidad de la sustancia; normas culturales con altas expectativas para los jóvenes; redes sociales de apoyo.
SOCIEDAD	Mensajes en los medios de comunicación de resistencia al consumo de drogas; incremento del precio a través de impuestos; aumentar la edad de compra y el acceso a las leyes para la conducción bajo efectos de drogas.

Datos obtenidos del documento “*Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: de riesgo y de protección*” *Acciones e Investigaciones Sociales*, Díaz y Sierra (2008), pp. 181-184. Tabla: (Elaboración propia)

#### 4.6. Estrategia nacional sobre drogas (2000-2008)

La aprobación de la Estrategia Nacional sobre Drogas, aprobada en el consejo de Ministros el 17 de diciembre de 1999, establece un Plan Nacional que proporciona a los ciudadanos un proyecto esperanzador para el próximo siglo.

El Ministro de Interior, considera como cuestión prioritaria el diseño, impulso, apoyo, promoción y el desarrollo de una política de carácter real y eficaz en materia de

lucha contra las drogas. Debido a esta preocupación, a comienzos de 1997, se propone de manera urgente el “Plan de medidas para luchar contra las drogas”.

Los logros alcanzados desde la aprobación del Plan Nacional sobre drogas y, con la participación de las Administraciones Públicas (la central, autonómica y local), los profesionales en drogodependencia y medios de comunicación sociales, colocan a nuestro país entre los países más avanzados en el desarrollo de políticas frente a las drogas.

A principios de 1999 e impulsado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se comenzó a redactar, la Estrategia Nacional sobre drogas, mediante la colaboración de diversos responsables pertenecientes a distintos Planes Autonómicos de Drogas y, por la propia Delegación del Gobierno.

Finalmente, la Estrategia Nacional sobre Drogas, se aprobó por el Real Decreto 1911/99 en el Consejo de Ministros que tuvo lugar el 17 de diciembre de 1999.

#### *4.6.1. Análisis de la realidad*

Durante la década de los años 90, el fenómeno de las drogas atravesó una serie de cambios más complicados que los ya existentes en los años 80.

Si bien, la droga más simbólica por aquel entonces, era la heroína de la que tras numerosos esfuerzos, hoy hay claras evidencias que demuestran su estabilización e incluso el descenso de su consumo. Sin embargo, las recientes encuestas reflejan que los consumos de sustancias ilegales, continúan siendo un problema para la mayoría de los españoles.

Desde los inicios de los 90, se viene apreciando un nuevo fenómeno basado en el uso de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo. Así pues, las drogas de síntesis han obtenido una gran expansión en un corto periodo de tiempo. Y lo más llamativo en estas sustancias es la forma en la que son consumidas por el sector juvenil. Se trata de consumos de fin de semana, en espacios de carácter público, fuera del ámbito familiar y con la finalidad de divertirse.

Las tendencias del consumo de drogas en nuestro país, podrían resumirse de la siguiente manera:



Respecto a la Heroína, como ya se ha afirmado, los datos corroboran la estabilización, llegando incluso al descenso del consumo de ésta sustancia. Además, resalta un dato de interés respecto a la salud: los todavía consumidores de heroína, disminuyen el consumo mediante la inyección y aumenta la práctica de inhalar o fumar esta droga.

Las drogas de síntesis como el éxtasis o MDMA están consideradas, por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, como una de las drogas más peligrosas, que suponen la asociación de consumo con otras drogas.

En cuanto a la cocaína, no se aprecian grandes cambios en su consumo pero sí un pequeño incremento entre la población juvenil. Un hecho de carácter relevante, es el aumento de personas que sufren problemas por esta sustancia y que tienen que ser atendidos en servicios tanto sanitarios como sociales.

El cánnabis y el hachís, continúan siendo las drogas ilegales cuyo consumo está más extendido en España e incluye a la población juvenil y adolescente.

Las cifras entorno al alcohol, la sustancia más consumida por los españoles, no parece aumentar, aunque ya son lo suficientemente importantes para mostrarles atención. Entre los 19 y los 28 años, se aprecia un consumo localizado en lugares públicos o de diversión, desarrollado prioritariamente durante el fin de semana y centrado en la cerveza. Un porcentaje de la población de 15 a 28 años, presenta un patrón de consumo de fin de semana. Y, el consumo diario, está centrado en personas mayores de 49 años.

El consumo de sustancias como los tranquilizantes y los somníferos no es muy elevado. Los consumidores respectivos a estas sustancias, inician el consumo por prescripción médica y continúan mediante la automedicación. La proporción de mujeres entre el total de consumidores, es más elevada en estas sustancias que en las ilegales. También se destaca el aumento en este consumo entre jóvenes de 14 a 18 años.

Así pues, estos datos demuestran la percepción social del fenómeno entre los años 2000 y 2008. Las encuestas señalan que la mitad de los españoles consideran que el consumo de drogas ilegales es un problema importante; se muestran mayores dificultades para conseguir distintas drogas; disminuye la visibilidad de jeringuillas y de

personas consumiendo en entornos públicos... por lo que disminuye la noción de alarma vinculada a esta conducta.

#### *4.6.2. Prevención del consumo de drogas*

El Plan Nacional sobre Drogas se basa en la prevención del consumo y sus consecuencias, prestando especial atención al alcohol, el tabaco y las sustancias con finalidades recreativas.

La prevención deberá ejecutarse en base a los siguientes principios de actuación:

- a) Los programas preventivos deberán abordarse, actuando conjuntamente ámbitos policiales, sanitarios, laborales, educativos, etc.
- b) La participación activa y responsable de los ciudadanos. La responsabilidad individual y colectiva, llevará al éxito un trabajo basado en el cambio de actitudes y comportamientos tanto individuales como sociales para conseguir una sociedad libre de la dependencia de sustancias.
- c) La promoción de la educación para la salud. La educación sanitaria de la población y la educación para la salud en la escuela, serán estrategias básicas y necesarias para el diseño de programas y actuaciones.
- d) Medidas de prevención destinadas a la profilaxis, para proteger a los individuos de las enfermedades y, tratar de reducirlas.

#### *4.6.3. Ámbitos prioritarios de intervención*

Son varios los ámbitos prioritarios de intervención: escolar, familiar, laboral, etc. En este caso, me voy a centrar únicamente en el ámbito escolar.

Las actuaciones pertinentes al ámbito escolar, engloban a toda la comunidad escolar en su conjunto, implicando así, a profesores, alumnos y padres. Según la LOGSE, la estrategia básica de actuación debe desarrollarse mediante la educación para la salud como una materia transversal en el aula.

Además, deberán complementarse con diversas intervenciones dedicadas, especialmente a los grupos más desamparados, afectados por el fracaso escolar. Para ello, las actividades realizadas con los alumnos, han de estar dirigidas por el profesorado e integradas en las actividades escolares y extraescolares del centro. Es

importante que no sean esporádicas, sino que continúen en el tiempo, de manera que los alumnos comiencen dichas actividades durante el curso y sigan con las correspondientes en los siguientes cursos.

Se considera apropiado que los profesores cuenten con el apoyo de profesionales en la prevención de la drogodependencia, para tener mayor formación y estar preparados para solventar problemas y dudas que puedan surgir durante el desarrollo de estos programas.

Por otro lado, el profesor ha de estar dotado de materiales preventivos adaptados a las diferentes edades de las diversas etapas. Han de estar lo suficientemente contrastados y experimentados e incidir en los riesgos de consumir alcohol, tabaco y otros medicamentos no prescritos. Además de incluir otros aspectos como los hábitos de higiene sanitaria, la autoestima y otros factores frente al consumo de sustancias ilícitas.

#### **4.7. Estrategia nacional sobre drogas (2009-2016)**

La estabilidad en el tiempo del Plan Nacional sobre Drogas y, los resultados alcanzados, radica en el compromiso entre todas las fuerzas tanto políticas como sociales para considerar el problema de las drogas y las drogodependencias como el problema de todos.

Un nuevo documento, consensuado y aprobado por la Conferencia Sectorial sobre Drogas, es la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) que nace para garantizar una repuesta equitativa y de calidad ante el problema de las drogas, en todo el territorio español.

Esta Estrategia contiene los conceptos básicos y las formas de actuar o de responder ante el problema, los cuales serán generales para todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas. Una estrategia que respeta el derecho de los afectados, posibilita el acercamiento a poblaciones más necesitadas y vulnerables, trata de proteger la salud de los consumidores, proporcionar la información adecuada para tomar decisiones oportunas y responsables y, de igual manera reducir las consecuencias del consumo. Pero sobre todo, cabe resaltar que es una estrategia formada por todos y para todos, con ideas, experiencias y aportaciones de varios sectores y, constatadas tras veinticinco años trabajando sobre el Plan Nacional de Drogas.

La estrategia reconoce los cambios más importantes en torno al fenómeno de las drogas en los últimos años, para hacer frente a los mismos con éxito. Algunos de ellos son los siguientes:

- La aparición de nuevas sustancias en el mercado.
- La generalización del policonsumo
- El aumento de trastornos mentales que se asocian a los consumos de sustancias.
- La inmigración y su impacto en la sociedad española.
- El envejecimiento precoz de los consumidores problemáticos.

Para la elaboración de la misma, han contado con los documentos de planificación nacional e internacional ya existentes. Por un lado, los Planes de Drogas y las Estrategias de las diversas ciudades y Comunidades Autónomas y, por otro lado, los Planes y Estrategias que han sido aprobados por la Unión Europea.

Así pues, esta nueva estrategia se ciñe a todas aquellas sustancias adictivas, ya sean legales, como el tabaco, el alcohol o sustancias pertenecientes al comercio ilegal.

#### *4.7.1. Estado de la situación*

España cuenta con un número elevado, variado y veraz de sistemas de información diversos que facilitan datos sobre varios aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias. También cuenta, desde mediados de los noventa, con la realización de dos tipos de encuestas de carácter periódico que se desarrollan por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Desde 1987, diversos hitos indican otro tipo de información anual sobre las personas que son admitidas a tratamiento por el consumo de estas sustancias, que sufren urgencias hospitalarias e incluso, indicadores respecto a la mortalidad debido al consumo. Asimismo, datos de carácter judicial y policial.

Muchos de estos datos se llevan a cabo mediante métodos comparables a nivel internacional, por lo que los datos españoles se pueden analizar en comparación con otros países del mundo.

#### *4.7.2. Evolución de los consumos y de los problemas asociados*

A mediados de la década de los ochenta y, hasta principio de los noventa, el perfil de las personas consumidoras ha experimentado cambios notables en España, siendo la heroína la droga más alarmante. Aunque cabe destacar que entre los consumidores estaba y continúa estando, muy extendido el consumo simultáneo de varias sustancias, lo que incrementa los riesgos producidos por las mismas.

A mediados de los años noventa, el perfil de las personas consumidoras de drogas ilegales, experimentan algunos cambios. Desciende el número de nuevos consumidores de heroína, quedando todavía usuarios que requieren, ante su situación aportaciones económicas y de recursos humanos.

A lo largo de esta década, se incrementa el número de consumidores de cocaína en polvo y de cannabis, en edades comprendidas entre los catorce y dieciocho años y, también entre la población de quince a sesenta y cuatro años.

Por último, el consumo pasa a ser de carácter recreativo, mediante un uso simultáneo de sustancias como el MDMA, el cannabis, el alcohol y todas aquellas sustancias derivadas de las anfetaminas.

Al hilo del párrafo anterior, durante los años noventa, se incrementa la asociación del consumo de sustancias ilícitas a los espacios de ocio, incorporándose mayoritariamente entre la población adolescente, que lo practican como algo normalizado, a diferencia del consumo de heroína que generaba marginación y deterioro físico en un breve espacio de tiempo.

Durante los años 2000 y 2008, que estuvo vigente la Estrategia Nacional sobre Drogas, algunos de los elementos relacionados con el consumo que tuvieron especial relevancia fueron los siguientes:

- Disminuye de forma progresiva el número de usuarios de drogas por vía parental.
- Entre estos usuarios, persisten altos niveles de infección por VIH, aunque disminuye el número de nuevos diagnósticos ante esta infección.
- Un descenso notable del consumo de cannabis y cocaína, más destacable entre la población adolescente (entre catorce y dieciocho años).

- Desciende la mortalidad por causas referentes al consumo de sustancias ilegales, aunque sigue existiendo un número destacable de muertes por esta causa.
- Tras el descenso e incluso la estabilización del consumo de heroína inyectada, se aprecia un incremento de consumo de esta sustancia fumada.
- Aunque la proporción de personas fumadoras sigue siendo alta, también desciende el consumo del tabaco.

#### 4.7.3. Ámbitos de actuación

La prevención del consumo está dirigida a concienciar socialmente a la población de los problemas y los daños tanto personales como económicos que conlleva el consumo de drogas, ofreciendo la posibilidad de evitarlos e intentado que la sociedad en todo su conjunto, contribuya de forma activa en la solución.

En segundo lugar, aumentar las capacidades personales de manera que la sociedad preste resistencia a la oferta de drogas y sepa negarse ante tal ofrecimiento.

En tercer y último lugar, tratar de retrasar la edad a la que las personas comienzan el contacto con estas sustancias, ya que cuanto mayor es la edad de las personas, es menos probable que se desarrollen problemas de adicciones.

La prevención del consumo es el elemento clave en el que se basa la Estrategia 2009-2016. De esta manera, se han de tener en cuenta los siguientes aspectos estratégicos:

- Ampliar el desarrollo de programas de protección y control, mostrando especial atención a poblaciones cuyas personas estén expuestas a mayores factores de riesgo, los cuales puedan contribuir en el desarrollo de problemas relacionados con las drogas.
- Apoyar entre los profesionales, los Planes Autonómicos en el desarrollo de los procesos, basados en resultados de diversas evaluaciones, extraídas a su vez, de los programas que se llevan a cabo.
- Impulsar la investigación.

Estos aspectos estratégicos han de estar presentes a la hora de actuar en los distintos sectores de población.

La comunidad educativa, junto a la familia, es el factor más importante para la socialización de las personas. Para favorecer los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, la implicación de los tres elementos que constituyen esta comunidad: el alumnado, el profesorado y las familias. Asimismo, es necesario que presenten una interrelación adecuada entre los mismos y cuenten con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio, con el objetivo de potenciar tanto la educación en valores como la educación para la salud.

#### **4.8. Estrategia nacional sobre adicciones (2017-2024)**

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se configura como un documento que se ha llevado a cabo mediante la participación de diversas sociedades científicas, Administraciones públicas, centros de investigación y organizaciones tanto públicas como privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas entre otras.

Actualmente, unos 10 países de los que están monitorizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía, consideran las sustancias legales dentro de las Estrategias sobre Adicciones, ya que, son estas sustancias adictivas legales (el alcohol, el tabaco y otros fármacos), las que cuentan con un mayor número de consumidores.

La actual Estrategia Nacional Sobre Adicciones, se apoya en las dos precedentes a la misma, las cuales ya se han mencionado y tratado anteriormente, la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) y, la Estrategia Nacional sobre Drogas comprendida entre los años 2009 y 2016. Y, en los tres planes de acción que se desarrollaron en cada una de las Estrategias anteriores. Asimismo, también se inspira en la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga, en las Estrategias de otros países de nuestro entorno y, en el análisis de las diversas estrategias y planes de actuación todavía vigentes en las diversas Comunidades Autónomas.

Siguiendo el hilo del tema, en esta Estrategia Nacional sobre Adicciones, se ha tratado de realizar las modificaciones y adaptaciones oportunas y propias de la realidad en la que vivimos hoy en España. Así pues, la ENA se articula en torno a dos metas que presentan diferentes objetivos estratégicos y las cuales son las siguientes: alcanzar una sociedad más saludable e informada reduciendo la demanda de las drogas y de las adicciones en general y, conseguir una sociedad más segura mediante la reducción de la

oferta de drogas y el control de las actividades que puedan desencadenar en situaciones de adicción.

Por último, cabe citar que esta nueva Estrategia se llevará a cabo a través de dos Planes de Acción de carácter cuatrienal.

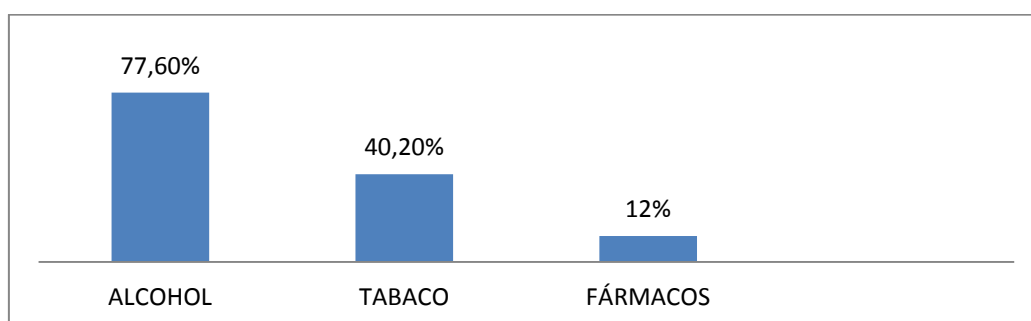
#### 4.8.1. Evolución de los consumos y conductas adictivas

El consumo de drogas ilegales en España, continua siendo una cifra que causa pudor en nuestra sociedad y que afecta a la vida de muchas personas.

En general, un tercio de la población ha consumido alguna vez en su vida algún tipo de droga ilegal (porcentaje que permanece estable en los últimos años). Si bien es cierto que, en cierto modo y sin ser algo extravagante, se ha extendido el consumo de sustancias psicoactivas legales y, en particular, el tabaco y los fármacos con o sin receta médica.

A continuación, se muestra un gráfico que representa los datos recogidos en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2015/2016) respecto a la prevalencia del consumo de drogas legales en España entre la población de 15 a 64 años. Los gráficos representan datos correspondientes al consumo durante los doce meses previos a la realización de la encuesta.

Gráfico 1. Consumo de drogas legales



Fuente: EDADES 2015/2016 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. PNSD, p: 8  
(Elaboración propia)

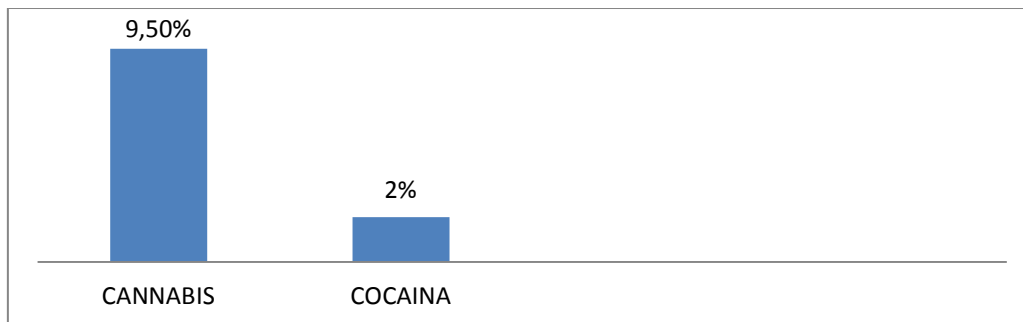
Según el gráfico y, atendiendo a los doce últimos meses previos a la encuesta, el 77,6% de la población comprendida entre los 15 y los 64 años, consumieron bebidas alcohólicas; cuatro de cada diez personas fumaron tabaco y, el 12% tomaron



hipnosedantes o fármacos con receta médica o sin ella. Estos resultados representan cierta estabilidad con los obtenidos en la encuesta realizada en el año 2013.

En el siguiente gráfico se representan los datos obtenidos en la encuesta respecto al consumo de drogas ilegales entre los adolescentes y adultos comprendidos entre los 15 y los 34 años:

Gráfico 2. Consumo de drogas ilegales



Fuente: EDADES 2015/2016 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. PNSD, p: 9 (elaboración propia)

En este gráfico se puede apreciar que, en los doce meses previos a la encuesta, 1 de cada 10 personas comprendidas entre los 15 y los 34 años, han consumido cannabis. Por otro lado, el consumo de cocaína se mantiene en torno al 2%. Ambos resultados, también son semejantes a las encuestas anteriores.

Gráfico 3. Consumo de heroína



Fuente: EDADES 2015/2016 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. PNSD, p: 9 (Elaboración propia)

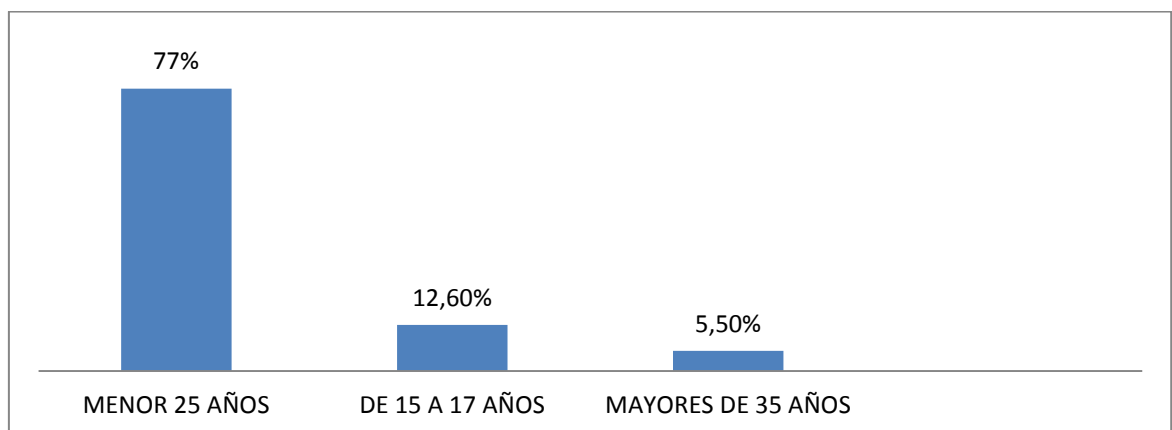
Como se puede observar en este gráfico, el consumo de la heroína, sigue estabilizada en niveles muy bajos. Suele ser consumida por hombres mayores de treinta y cinco años y se mantiene en un porcentaje del 0,1%.

Por otro lado, un factor importante que también se mantiene estable es la edad de inicio del consumo. Existe un inicio precoz en las sustancias legales como el tabaco, cuya edad media de iniciación serían los 16,4 años y, el alcohol a los 16,6 años. El cannabis se comienza a consumir en torno a los 18,3 años y, hacia una edad más tardía (34 años) los hipnosedantes. Exceptuando este último, el consumo de drogas se extiende mayoritariamente entre los 15 y los 34 años y, entre una población varonil.

Todavía a día de hoy y según los datos de EDADES, en España la droga ilegal más consumida es el cannabis.

A continuación, se muestra una gráfica que representa visualmente la relación existente entre el consumo de cannabis conforme a la edad. En la cual, podemos resaltar que el perfil de consumo de esta sustancia se centra en hombres menores de 25 años en el 77% de los casos.

Gráfico 4. Consumo de cannabis/edad



Fuente: EDADES 2015/2016 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. PNSD, p: 9  
(Elaboración propia)

#### 4.8.2. La situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género

El consumo de hipnosedantes es el único consumo de drogas donde el predominio en mujeres es mayor que en los hombres, llegando a ser casi el doble. Es considerado como un consumo oculto “normal” ya que no existen campañas de prevención como ocurre con otras sustancias. Hablando de números, en el año 2015, 3.732.000 personas consumieron hipnosedantes. El 67% de esa cantidad fueron mujeres y, el 57% tienen

entre 45 y 64 años. Por otro lado, el primer problema de salud pública en España, es el consumo de alcohol, el cual causa un grave problema social.

“La Organización Mundial de la Salud (2010) ha identificado el consumo abusivo de alcohol como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual”. Así pues, un porcentaje elevado de maltratadores tiene lugar, por el abuso de alcohol o la dependencia del mismo. Es por ello que, en los programas de intervención para drogodependientes, se encuentran con frecuencia, participantes con una orden de alejamiento o denuncias por malos tratos a sus parejas. El consumo de riesgo de alcohol, aumenta las probabilidades de que las agresiones contra la pareja sean más graves.

Las mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas, están expuestas a una mayor probabilidad de padecer también problemas con el alcohol, pues sufre la violencia que su pareja ejerce sobre ella y, por padecer ella misma problemas por el consumo de alcohol como vía de escape.

#### *4.8.3. Actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y la oferta*

Los resultados obtenidos de la evaluación de la Encuesta Nacional sobre Drogas comprendida entre los años 2009-2016, reflejan la evolución positiva de las actuaciones que se han desarrollado frente a la reducción de la demanda y la oferta, aunque podrían obtenerse datos todavía mejores.

Según dicha evaluación, en España hay una gran oferta muy variada de programas de prevención. Cabe resaltar que la oferta está muy ligada a la educación. La prevención con el alumnado más vulnerable ha de ser prioritaria, siendo el área donde el sistema educativo y sanitario presentan un papel fundamental, pues el consumo de drogas está entrelazado con el fracaso y abandono escolar y los problemas de conducta temprana.

#### *4.8.4. Áreas de actuación: Prevención y reducción del riesgo*

Las intervenciones de carácter preventivo tienen como objetivo disminuir los factores de riesgo e incrementar los de protección frente al consumo de drogas y todas aquellas sustancias que puedan desencadenar una adicción. Las intervenciones figuran en torno a tres niveles en función de la población a la que van dirigidas. De este modo encontramos: intervenciones universales, las cuales están dirigidas a toda la población

en general; selectivas, dirigidas al sector de la población más vulnerable; e intervenciones orientadas a individuos que presentan mayores niveles de riesgo. Todas las actuaciones anteriores, están dirigidas a las personas, si bien, hay que complementarlas con actuaciones de carácter social, denominadas de prevención ambiental, las cuales actúan modificando las normas sociales y el mercado.

Por otro lado, las intervenciones cuya finalidad se basa en la reducción del riesgo en las conductas adictivas, tratan de disminuir los efectos negativos del uso de estas sustancias. Actúan tratando de evitar que, por ejemplo, el consumo esporádico, no se convierta en un consumo habitual y/o continuado o, reduciendo las consecuencias negativas que su uso puede afectar en otras áreas como podría ser, evitar la conducción de un vehículo bajo los efectos del alcohol y las drogas, con el fin de prevenir accidentes de tráfico.

Hoy en día, siguiendo los resultados de la END 2009-2016, la prevención en España se centra básicamente en reducir los factores de riesgo en las personas y promover los de protección en los entornos.

Actualmente, la prevención topa ante nuevos retos a los que ha de enfrentarse. Las nuevas adicciones sin sustancia, el juego patológico; percibir como algo insignificativo el consumo de alcohol y cannabis por parte de los menores, la aparición constante de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado de las drogas... Así, las respuestas preventivas deben adaptarse y configurarse hacia los nuevos contextos en los que se producen los consumos para poder ofrecer la prevención adecuada.

#### *4.8.5. Contextos de actuación*

Las intervenciones preventivas se desarrollan en diversos ámbitos, tales como la comunidad educativa, el ámbito laboral, el familiar, el sistema sanitario, la hostelería, los contextos de ocio, entre muchos. Además, como se ha mencionado anteriormente, se ha de incorporar la prevención ambiental, en espacios de ocio comunitario (fiestas públicas o privadas, festivales...) y, complementar esa prevención con acciones comunitarias públicas para disminuir los problemas relacionados con el consumo de alcohol, especialmente en menores.

## **4.9. II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016)**

### *4.9.1. Análisis de situación*

Una vez más, nos encontramos ante el análisis de situación. En este caso es un análisis a nivel autonómico correspondiente a la Comunidad Autónoma de Aragón que proporciona la información requerida para identificar las características de los consumos problemáticos y las adicciones, determinando las necesidades y estableciendo prioridades de actuación.

El análisis de situación para el Plan Autonómico de Aragón se basa en la información que han proporcionado las siguientes encuestas:

Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en Aragón (EDADES, 2007), realizada en población de 15 a 64 años y promovida por el Plan Nacional sobre drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas.

Encuestas sobre drogas en población escolar (ETUDES) de 2006 y 2008, realizada a estudiantes (14 a 18 años) de Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio en Aragón.

Encuesta Nacional de salud 2006, realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las CCAA y en uno de cuyos bloques (estilos de vida) se describen los consumos de alcohol y tabaco.

Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (*Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC*) de 2006. Auspiciado por la OMS, recoge información de más de 40 países occidentales en población escolarizada entre 11 y 17 años. En la edición de 2006, en el caso de España, se recoge información desagregada por Comunidades Autónomas.

### *4.9.2. El consumo de drogas en Aragón*

Algunos de los factores más preocupantes de hoy en día respecto a la evolución del consumo de drogas en Aragón, son: la temprana edad a la que se inicia el consumo y los contextos de ocio en los que se desencadenan estos consumos. Desde la década de los 90 se ha ido estableciendo este perfil de consumidores adolescentes, cuyo modo de consumo se establece como parte del proceso de socialización e integración en el grupo entre iguales. Y, además de una manera peculiar, siguiendo un comportamiento natural

en el ámbito familiar y en el ámbito educativo, sin señas de marginalidad como ocurría con los consumidores de drogas en los ochenta.

Así pues, estas características de consumo considerado normal y con finalidades recreativas, son hoy los elementos más importantes al analizar la evolución y las tendencias del fenómeno de las drogas en nuestra comunidad. Hay que añadir, el consumo simultáneo de otras drogas (alcohol, tabaco, cocaína, estimulantes, MDMA,...) como policonsumo.

En la última década, continúa el descenso del número de consumidores de drogas por vía parental y el número de infecciones por VIH. Sin embargo, todavía se aprecia un número elevado de antiguos consumidores de heroína. Aunque se siguen dando casos de problemas importantes de salud relacionados con el consumo de drogas, el porcentaje de mortalidad causada por el uso de drogas psicotrópicas, ha disminuido notablemente. Respecto a otras drogas y desde mediados de esta década, los consumos de cocaína y cannabis entre la población referente a menores, ha descendido. El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida por los jóvenes.

#### *4.9.3. Prevención en el ámbito educativo*

Las diversas actuaciones que impulsó el Plan Autonómico de Aragón sobre drogas y otras adicciones durante los años 2005-2008 en el ámbito educativo, tenían su base en la promoción de hábitos saludables, la prevención de adicciones y la integración de los sistemas educativo, sanitario y de los servicios sociales de la Comunidad.

Ya en el ámbito educativo que desarrolló la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, se otorgó bastante importancia a mejorar las capacidades personales de resistencia ante la oferta de drogas y la protección de comportamientos considerados problemáticos relacionados con las mismas, cuyo propósito era alargar la edad de inicio del contacto con las drogas o bien, en el caso de que ya se hubiese establecido un consumo, tratar de disminuirlo. Esta línea trata de continuar e incluso extender los programas preventivos escolares de la Red de Escuelas Promotoras de Salud y hacer hincapié en que estos programas de carácter preventivo, se integren en el proyecto educativo y curricular de centro y, la implicación total de la comunidad educativa, que engloba al alumnado, las familias, el profesorado e incluso el personal no docente. De igual manera, desde el medio educativo, se prestará real importancia a la prevención selectiva de escolares que,

por diversos motivos y razones, están sometidos a mayores factores de riesgo que podrían desencadenar en problemas con el consumo de drogas.

Algunos de los objetivos de prevención en el ámbito educativo son los siguientes:

- Aumentar el potencial de salud del alumnado desarrollando valores, actitudes y habilidades sociales de protección contra las adicciones e intervenir sobre colectivos que presenten una situación de mayor vulnerabilidad.
- Integrar la Educación para la Salud en los Proyectos Educativos de los centros escolares incluyendo las actuaciones de prevención de adicciones.
- Formar a los miembros de la comunidad educativa en prevención de drogodependencias y otras sustancias susceptibles de ser adictivas.

Con el propósito de alcanzar estos objetivos, se desarrollaron diversas líneas de actuación:

En primer lugar, la difusión de los programas escolares de Educación para la Salud, a través de una metodología participativa, que promueva la motivación de los alumnos y desarrolle habilidades personales como los factores de protección.

En segundo lugar, el desarrollo de la estrategia de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, ya que la Promoción para la Salud conforma un proceso que permite un mayor control sobre los determinantes de la salud y favorece a su mejora.

Otra de las líneas de actuación fue unificar la Comisión de Salud, Educación y las Comisiones Provinciales como elementos capaces de coordinar las intervenciones de prevención en el ámbito educativo.

También, la inclusión de actividades formativas en los Planes de Formación del Profesorado y de las Federaciones de Padres y Madres. Dicha formación va dirigida a proporcionar competencias a las familias y al profesorado, con la finalidad de afianzar los factores de protección frente a las adicciones. Y, establecer medidas de apoyo para identificar e intervenir rápidamente a los colectivos más vulnerables.

Por último, el desarrollo de propuestas de prevención sobre las drogodependencias con la Universidad de Zaragoza, dentro del marco de la Red de Universidades Saludables.

#### *4.9.4. Protección y control de la oferta*

Las estrategias que se desarrollan con la finalidad de reducir la oferta de drogas son un punto importante en las políticas de prevención de drogodependencias. Las actuaciones que se llevan a cabo son completamente diferentes según se trate de drogas legales, como el tabaco, el alcohol o los medicamentos, donde los aspectos referentes a la publicidad, la venta y el consumo de estas drogas cobran real importancia, o de drogas ilegales donde lo policial y judicial es lo que prevalece.

“En Aragón, la Ley 3/2001 de 4 de abril de 2001, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de drogodependencias establece en el Capítulo III del Título primero las líneas básicas relacionadas con la prevención a través de medidas para la reducción de la oferta”. Mostrando así, las limitaciones establecidas a la publicidad, venta y consumo de drogas legales o, las medidas de control relacionadas con los estupefacientes.

El Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008, tenía como objetivo prioritario, la reforma de los problemas de salud que se estaban generando por los nuevos perfiles de consumos. Para ello, el Plan Autonómico estableció diversos criterios que se basaban en la necesidad de prestar atención a los drogodependientes dentro de la red general de asistencia sanitaria de Aragón.

Actualmente, la red de recursos asistenciales para los trastornos desencadenados por el consumo de drogas, está formada por las Universidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA), las Comunidades Terapéuticas, los Centros de Salud Mental y la hospitalización psiquiátrica para la desintoxicación, y por los Centros de Salud de Atención Primaria, para dejar el hábito de fumar y atender al alcoholismo.

#### *4.9.5. Recursos en prevención*

El Gobierno de Aragón ha impulsado recursos de prevención y tratamiento ante los problemas ocasionados por el consumo de drogas. Para dar respuesta asistencial a toda la Comunidad Autónoma, se han mantenido los centros municipales de drogodependencias. También ha impulsado una red de organizaciones de carácter no gubernamental que trabajan el ámbito de la prevención de las adicciones y que además,



conforman un elemento muy importante para disminuir los problemas relacionados con el consumo de drogas.

Según las indicaciones otorgadas por el Plan Autonómico 2005-2008 y, con el apoyo del Servicio Aragonés de Salud, la Dirección de Salud Pública, ha establecido cuatro niveles de prevención con diferentes objetivos:

- Prevención universal: favorecer los factores de protección ante el consumo de drogas y hábitos saludables entre toda la población en general, con el objetivo principal de retrasar la edad de inicio al consumo y reducir los daños en el sector de población menor de 18 años.
- Prevención selectiva: reducir los factores de riesgo y desarrollar comportamientos responsables a los colectivos más vulnerables.
- Prevención indicada: reducir los riesgos en personas que se caracterizan por ser muy vulnerables para evitar los usos problemáticos de estas sustancias, pudiendo desencadenar en adicciones.
- Prevención determinada: reducir los riesgos y los daños de personas con perfil drogodependiente.

Para establecer la prevención en los centros educativos, la Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón, es la encargada de diseñar la coordinación, el seguimiento y la evaluación de las diversas iniciativas de promoción de la salud que tengan por objetivo la prevención de drogodependencias en el ámbito educativo. La Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa, son las encargadas de llevar a cabo el desarrollo coordinado de las mismas.

Algunos de los Programas Escolares de Educación para la Salud ofrecidos por la Comunidad Autónoma de Aragón y que todo docente ha de conocer para trabajar en sus aulas son los siguientes:

¡Órdago!: es un programa educativo de prevención ante el abuso de drogas, dirigido al alumnado comprendido entre los 12 y los 16 años, por lo que se trabaja a lo largo de los cuatro años que componen la Educación Secundaria. Este programa se puso en marcha a partir del curso escolar 2004-2005. Centra sus propuestas educativas en torno a ocho ejes temáticos (información, creencias, actitudes, influencias, autoestima, toma de decisiones, influencia grupal y tiempo libre) que promueven el desarrollo de

habilidades para la vida y da a conocer los contenidos relacionados con el mundo de las drogas. ¡Órdago! facilita un total de 32 sesiones para desarrollar a lo largo de los cuatro niveles educativos de Secundaria, perteneciendo así, ocho sesiones de cincuenta minutos, a cada nivel. Cada una de las sesiones presenta el siguiente esquema: establece un objetivo o propósito específico a trabajar en cada sesión; atiende los aspectos o consideraciones previas para que el desarrollo de la sesión tenga éxito; realiza una presentación detallada de la actividad propuesta y de su secuenciación marcando el inicio, el desarrollo y el cierre de la actividad; facilita los recursos, los elementos de apoyo para hacer dinámica la actividad; establece las orientaciones que requiere el docente para poner en marcha las técnicas y los criterios que optimicen el desarrollo de la misma y, por último, ofrece un apartado denominado “saber más” donde aparece información básica respecto a los contenidos específicos de la sesión. Se trabaja con la finalidad de que los alumnos dispongan de información suficiente, actitudes, valores y habilidades para enfrentar, razonada y autónomamente, la existencia de las drogas y otras sustancias que pueden crear dependencia.

Cine y salud: es una herramienta que utiliza el profesorado de Educación Secundaria Obligatoria, para fomentar la mejorar la calidad de la educación para la salud del alumnado. Este programa se puso en marcha durante el curso escolar 2001-2002. Tiene como objetivo, fomentar la responsabilidad de los adolescentes para adoptar correctamente, las actitudes y los comportamientos sobre los aspectos más importantes de la salud: el tabaco, el alcohol, las drogas, la alimentación, la sexualidad... todo ello mediante el uso cinematográfico, a través de una serie de películas y cortometrajes que el docente lleva al aula para que tras su visionado, se trabajen los contenidos mediante actividades e incluso abriendo un debate. El cine profundiza en el área emocional y sobre el desarrollo de habilidades personales, ayudando a reflejar diversas situaciones de la vida cotidiana de los adolescentes, facilitándoles la reflexión hacia las mismas.

La aventura de la vida. Es un programa de Educación para la Salud dirigido a niños y niñas de 8 a 11 años (alumnado de segundo y tercer ciclo de primaria), a través de educadores y de la familia. Promueve el desarrollo de habilidades para la vida y hábitos saludables como una estrategia para favorecer el desarrollo positivo a lo largo de la infancia. Está centrado en la vida cotidiana de los niños y de las niñas en tres ámbitos diferentes: la escuela, la familia y la calle. Aborda principalmente dos ejes temáticos: habilidades para la vida y hábitos saludables, que a su vez, se despliegan en doce

tópicos distintos. Respecto al eje relacionado con los hábitos saludables, se trabajan los siguientes tópicos: uso de medicamentos; consumo de alcohol; consumo de tabaco; actividad y descanso; alimentación; seguridad e, higiene. Los materiales que se utilizan son cuatro álbumes a color, uno para cada nivel de primaria (desde tercero hasta sexto). Compuestos por treinta y seis cromos cada uno que, permiten trabajar un total de 144 historias en el transcurso de los cuatro niveles. Es evidente que cada uno de los alumnos cuenta con su propio álbum y, el profesor con una guía didáctica que presenta una actividad para cada uno de los treinta y seis temas que se abordan en cada nivel.

El programa “La aventura de la vida”, enfoca sus propuestas en el modelo de educación en habilidades para la vida con la finalidad de contener las influencias sociales hacia el consumo de drogas. Desde 1993 e impulsado por la Organización Mundial de la Salud, es un modelo explicativo de los riesgos psicosociales diversos que inciden en el proceso de socialización de los adolescentes entre los que cabe resaltar, los consumos de drogas. El modelo de educación en habilidades para la vida.

Por último, el programa de Pantallas sanas es una iniciativa dirigida al alumnado de Educación Secundaria, PCPI, bachillerato y ciclos formativos, a través de la cual se trabaja el fenómeno de las pantallas y de las nuevas tecnologías desde el punto de vista de la salud. Su objetivo se basa en tratar los aspectos que van desde los hábitos y la sociabilidad hasta las adicciones generadas por el uso de las nuevas tecnologías. Se desarrollan dos áreas de trabajo: los medios de comunicación (televisión, publicidad) y las nuevas tecnologías (videojuegos, internet, móviles...). Bajo mi punto de vista, considero que es una iniciativa de real importancia, ya que, hoy en día y cada vez más, los niños y niñas hacen un uso continuado y progresivo de las TIC's, creando en muchos de ellos dependencia, por lo que se podría equiparar a una adicción pero, en este caso, sin sustancia.

#### **4.10. Plan municipal de prevención de drogodependencias y otras adicciones (2011-2017)**

Es en 1986, cuando se creó el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca, mediante un convenio de colaboración con el Gobierno de Aragón mediante el cual, se han ido trabajando la prevención y la asistencia en todos los ámbitos: educativo, familiar, laboral y de la comunidad.

Este Plan Municipal, tenía prevista su aprobación en el mes de noviembre de 2010 y su período de aplicación y vigencia duró hasta el pasado año 2017. Abarca las líneas de actuación de todos los programas desarrollados a nivel local y de los movimientos sociales, con la finalidad de coordinar y potenciar los programas que se han ido desarrollando desde el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca. Se trata de un acuerdo creado para favorecer la salud de los ciudadanos mediante un proceso coordinado que trabaja sobre los estilos de vida y factores ambientales para la protección de la salud.

#### *4.10.1. Prevalencias y patrones de consumo de drogas*

En Aragón, uno de los factores más preocupantes sobre el consumo de drogas es la temprana edad de inicio y los contextos de ocio en los que se produce. El consumo recreativo desarrollado en el tiempo de ocio y la normalización con la que se lleva a cabo son, en la actualidad los aspectos más importantes a analizar. Además del policonsumo y la forma abusiva del consumo del alcohol.

En base a los datos que revelan las administraciones que trabajan en el ámbito de las drogodependencias, se obtiene una idea bastante fiable de las tendencias de consumo. Es en la Encuesta Estatal Sobre el Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria, de 14 a 18 años (ESTUDES, 2008) donde se aportan datos pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Aragón y, por tanto, queda recogida una muestra correspondiente a la ciudad de Huesca.

Debido a la relación existente entre el tiempo disponible de ocio y el consumo recreativo asociado al mismo, el Ayuntamiento de Huesca realizó una encuesta en los años 2007/2008 sobre los hábitos de ocio, entre los y las jóvenes de la localidad, teniendo en cuenta los horarios, el dinero utilizado y la autogestión. Se escogió una muestra de 1070 chicos y chicas entre un total de 4356. La encuesta aportó los siguientes resultados:

Se aprecia que durante el fin de semana, las actividades que están relacionadas con el deporte o la cultura son menos practicadas y, que lo practican más el colectivo de chicos que el de las chicas. La actividad a la que le proporcionan mayor importancia es a la de salir con su grupo de amigos y a la salida de bares o botellón, sobre todo en edades comprendidas entre los 20 y los 21 años.

Respecto a los horarios de salida y llegada a casa, y tomando como referencia a jóvenes entre 12 y 15 años, los viernes suelen salir sobre las 18 horas y regresan, o bien a las 21 horas o cuando se van sus amigos. El sábado la hora de salida es la misma pero la de regreso se modifica, volviendo la mayoría cuando quieren y la minoría a las 21 horas. Aunque cabe destacar que los grupos que tienen la hora de regreso marcada, cumplen con el horario y solo el 4% no lo cumple.

Con respecto a la cantidad de dinero que presentan para salir, la mayoría cuentan con una cantidad inferior a 6 euros y, el resto con una cantidad entre 6 y 12 euros.

La información que reciben sobre las actividades, mayoritariamente lo conocen a través de la publicidad, siguiendo estos datos a través del instituto y, por último, a través del círculo entre iguales.

Una peculiar característica de la ciudad de Huesca es que al ser una ciudad pequeña y mostrar poca inseguridad, las familias no son capaces de percibir riesgos y sus hijos e hijas salen solos con sus amigos a partir de los 12 o 13 años.

Referente a los hábitos de ocio nocturno, están relacionados con “salir de marcha” el fin de semana y, en el caso del colectivo universitario, también los jueves por la noche por la zona de bares “el Tubo”. En años anteriores al 2006, la edad de acceso a estos bares del “Tubo” y su primer contacto con el alcohol y otras posibles drogas era menor que a la actualmente presente. Pues ha habido modificaciones respecto a la edad de entrada de menores a estos establecimientos. En cambio, han incrementado las concentraciones de personas para hacer botellones en los parques y zonas alejadas del centro de la ciudad. Y, se ha generalizado el uso de “peñas” o puntos de encuentro que alquilan por pandillas y donde al no tener presencia adulta ni desconocida, las drogas y el alcohol suelen estar presentes.

#### *4.10.2. Prevención en el ámbito educativo*

La escuela por sus características es la institución perfecta para la adquisición de valores, destrezas, habilidades y conocimientos capaces de configurar los estilos de vida saludables que permitan a las personas formarse autónomamente y resistentes a la presión del consumo y otras conductas de riesgo perjudiciales para su salud. Además es importante la colaboración de toda la comunidad escolar.

Algunas de las razones por las que se justifica la prevención desde el entorno escolar son las siguientes:

La escuela es uno de los principales agentes de socialización, que actúa en una de las fases de maduración de las personas. Además, a lo largo de la escolarización, los alumnos están sometidos a cambios que están expuestos a diversos riesgos y, es el espacio ideal para detectarlos rápidamente y poner en práctica los factores de prevención.

A continuación, se muestra una tabla que contiene los objetivos específicos del ámbito educativo, en relación al docente, al equipo docente y al alumnado.

Tabla 4. Objetivos específicos del ámbito educativo

DOCENTE	EQUIPO DOCENTE	ALUMNADO
Intensificar la aplicación de la prevención de consumo de drogas y otras adicciones en el proyecto educativo y el Plan de Acción Tutorial	Capacitar al equipo docente en materia de prevención de drogodependencias y en los propios programas para su aplicación con el alumnado.	Reforzar la Educación para la Salud en el Proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo, potenciando el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.
Coordinar y evaluar con las estructuras y agentes implicados las acciones preventivas en materia de prevención de drogodependencias incluidas en el proyecto educativo de centro.		

Datos obtenidos del documento *“Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras adicciones 2011-2017”* Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. – Ayuntamiento de Huesca.

#### *4.10.3. Programas municipales de prevención en el ámbito educativo*

A continuación, se dan a conocer algunos de los programas preventivos que se desarrollan en el ámbito educativo en la ciudad de Huesca. Alguno de ellos, como el programa “La aventura de la vida” o el programa “¡Órdago!, ya se han analizado previamente, por lo que pasamos a analizar otros tres programas que se llevan a cabo en algunos centros de Huesca.

Programa “Retomemos”. Es un programa de educación integral destinado a alumnos de 3º y 4º de la ESO. Se trata de una estrategia de comunicación de carácter educativo, que pretende favorecer el bienestar de los adolescentes mediante el entretenimiento en habilidades para la vida y la educación en valores. De este modo, facilita el desarrollo de competencias sociales entorno a cinco ejes temáticos: todo aquello relacionado con lo afectivo-sexual; las adicciones; el alcohol; la convivencia y la participación. Cada una de estas temáticas vienen representadas a través de cinco series audiovisuales, independientes y complementarias. Incluyen historias con una duración de tres minutos cada una y, además ofrecen subtítulos. La guía didáctica del profesor, sugiere 20 propuestas didácticas para desarrollar a lo largo de una clase de unos 45 minutos.

Programa “Drojnet”. Es un proyecto que pretende usar las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación para hacer partícipes e implicar a los adolescentes en la elaboración y, la posterior difusión entre los mismos jóvenes, de mensajes de carácter preventivo y de reducción de los riesgos que se asocian a los diferentes consumos: alcohol, tabaco y otras drogas. Este proyecto está destinado a estudiantes de la ESO e incluso alumnado de PCPI y utiliza dos medios diferentes: la creación y difusión de mensajes (SMS) con contenidos preventivos hacia el consumo de drogas; y, la recepción de SMS de reducción de riesgos mediante el bluetooth en contexto de ocio relacionado con la nocturnidad.

## **5. CONCLUSIONES**

Son varias las conferencias internacionales que analizan la importancia de la atención a la salud y el bienestar de los individuos. Si bien, desde hace tiempos remotos se vienen conociendo los riesgos y los problemas que acarrear los consumos de drogas. Independientemente de presentar conocimiento de los mismos, las drogas todavía

siguen siendo un problema muy extendido en la sociedad, cuya erradicación es imposible de lograr.

La escuela es uno de los pilares imprescindibles para tratar la prevención de drogodependencias en la educación de los jóvenes. Por ello, es realmente importante el desarrollo de Escuelas Promotoras de Salud que nacen con la intención de educar a la comunidad educativa en formas de vida saludables.

A lo largo de mi trabajo se han ido analizando las diversas Estrategias Nacionales sobre Drogas, de las que a continuación plasmo los aspectos más relevantes:

La primera Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), recoge el compromiso de España en la lucha contra las drogodependencias. El Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha un Plan de Acción sobre drogas hasta el año 2008, momento en el cual se evalúa la Estrategia, analizando si se cumplen o no los objetivos propuestos para la misma y, a raíz de los resultados obtenidos, se formula una nueva estrategia.

La segunda Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), rompe con la imagen normalizada del consumo de drogas y su asociación directa con el ocio que se estableció durante los años 80-90. El hecho de escuchar según qué tipo de música y/o asistir a las discotecas, estaba siempre ligado a un supuesto consumo de drogas.

Otro de los aspectos que destacan de esta estrategia es la investigación y la evaluación de los programas de prevención. Aboga por la instauración de la cultura de la evaluación y por el fomento de la investigación.

Previamente al desarrollo de esta segunda estrategia, existían varios programas preventivos que fueron desarrollados de la mejor manera posible y con toda la buena voluntad de diferentes entidades y personas conocedoras del tema pero que nunca fueron evaluados. Desde la segunda Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas, todos los programas de prevención deben de ser evaluados y, evaluados positivamente por la comunidad educativa; por consiguiente, estos programas si son evaluados positivamente, se sistematizan y se incluyen en los planes de acción tutorial. Por el contrario, si los resultados de la evaluación de un programa son negativos, entonces ese programa se elimina y es sustituido por otro.



La última de las estrategias, la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), parte de los resultados de la evaluación de las Estrategias y Planes anteriores y pretende conseguir una sociedad más saludable e informada a través de la reducción de la demanda de drogas y, una sociedad más segura mediante la reducción de la oferta y el control de todas aquellas actividades que puedan desencadenar en situaciones de adicción.

A través de los diferentes documentos que se han ido analizando y trabajando a lo largo de mi Trabajo Final de Grado, se concluye que, en España el consumo de drogas ilegales ha ido disminuyendo paulatinamente gracias a la mejora de información que hoy poseemos acerca de los riesgos y efectos tan devastadores que éstas acarrearán y, gracias a diversas mejoras de las condiciones sociales de toda la población en general. Al margen de todo este descenso de consumo de las denominadas drogas “duras”, cabe resaltar que el consumo del cannabis se ha mantenido e incluso ha ido aumentando. En lo que respecta a las drogas legales, tabaco y alcohol, se muestran tendencias generales a la reducción en los consumos pero hay algo que todavía causa pudor a la población: el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes.

Por último, para tratar de frenar o bien reducir, el inicio del consumo de estas sustancias en edades tempranas, hay que educar y formar a los alumnos mediante la aplicación y el desarrollo de diferentes planes de prevención sobre drogodependencias, adaptados a cada una de las etapas. Se aplican programas que se desarrollan de forma continuada, transversal y, un elemento muy importante, se desarrollan en un contexto entre iguales, entre los grupos de amigos que se forman en el aula y que posteriormente se trasladan a la calle y a los lugares de ocio.

Por todo ello, considero que los docentes han de estar actualizados en todo momento en cuanto a la situación de las drogodependencias y, sobre todo contar con las herramientas necesarias para ser capaces de aplicar, de la mejor manera posible, el desarrollo de estos programas en el aula.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Brooks, F. (2014). The link between pupil health and wellbeing and attainment. A briefing for head teachers, governors and staff in education settings. Public Health England. London.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3a edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Costa, M. y López, E. (1989). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. Acciones e Investigaciones Sociales, 26, pp. 161-187. Zaragoza. Universidad de Zaragoza.
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2014-2015. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es>
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008 (1999). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016 (2008). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Adicciones para el período 2017-2024 (2017). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Gavidia, V. (2016). Los ocho ámbitos de la educación para la salud en la escuela. Valencia: Universitat de València.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. Nueva York: Academic Press.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, pp. 912-914. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. Social Psychology Quarterly, 49, pp. 110-128.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. Journal of Drug Education, 28, pp. 1-17.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. Journal of Drug Issues. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, pp.457-476. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Madrid: Boletín Oficial del Estado (1986).
- Ley 3/2001, de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de drogodependencias, Madrid: Boletín Oficial del Estado (2001).
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, Madrid: Boletín Oficial del Estado (2011).
- Merino, B. (2000). La Evidencia de la Eficacia de la Promoción a la Salud. Parte 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. Journal of Drug Issues, 26, pp. 477-504.

- O'Donell, J.A. y Clayton, R.R. (1982). The stepping-stone hipótesis-Marijuana, heroin, and causalita. *Chemical Dependencias: Behavioral and Biomedical Issues*, 4, pp. 303-321.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *I. Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En Becona, E. (2002). *Bases científicas de laprevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Plan Municipal de Prevención de Drogas y otras Adicciones. (2011-2017). Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. Huesca.
- Programa de prevención “Órdago” Afrontar el desafío de las drogas. (1998). Bilbao. EDEX. Recuperado de: <http://www.ordago.net/>
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16, pp. 201- 215.
- St Leger, L. et al. (2010). *Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la Acción*. Paris: UIPES.
- Torres, M. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Education*, 25, pp. 81-98.